UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1914 — N° 14

LE SPASME SYMPTOMATIQUE de l'œsophage

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 25 Juin 1914

PAR

Louis JUNG

Né à Moulins-sur-Allier, le 21 Février 1886

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, professeur de clinique médicale, *Président.*
SOULIÉ, professeur de pathologie générale, microbiologie.
BATTEZ, professeur de physiologie. *Juges.*
RAYNAUD, chargé des fonctions d'agrégé.

ALGER
F. MONTÉGUT, ÉDITEUR
12, Rue Charras (Carrefour de l'Agha)

1914

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1914 — N° 14

LE
SPASME SYMPTOMATIQUE
de l'œsophage

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 25 Juin 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Louis JUNG

Né à Moulins-sur-Allier, le 21 Février 1886

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, professeur de clinique médicale, *Président.*
SOULIÉ, professeur de pathologie générale, microbiologie.
BATTEZ, professeur de physiologie *Juges.*
RAYNAUD, chargé des fonctions d'agrégé.

ALGER
F. MONTÉGUT, ÉDITEUR
12, Rue Charras (Carrefour de l'Agha)

1914

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET, (✻, I. ✪).
ASSESSEUR..... TRABUT (✻, I. ✪, O. ❁).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (I. ✪).
Anatomie pathologique		POUJOL (I. ✪)
Physiologie		REY (✻, I. ✪).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		BRAULT (✻ I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie		CURTILLET (✻, I. ✪).
Clinique obstétricale		ROUVIER (✻ I. ✪).
Clinique ophtalmologique		CANGE (A. ✪).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✪ ✪).
Pharmacie		BATTANDIER (I. ✪).
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie		TRABUT (✻I.✪MA.O ❁)
Pathologie générale, microbiologie		SOULIÉ (I. ✪).
Hygiène et médecine légale		CRESPIN (I. ✪).
Histologie		ARGAUD (I. ✪).
Physique médicale		DUFOUR (I. ✪).

CHARGÉ DE COURS, PROFESSEUR ADJOINT

Chimie biologique		SAMBUC (I. ✪).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	MM.	GILLOT (I. ✪),
Physiologie		BATTEZ.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie et physiologie	MM.	LEBLANC (A. ✪).
Pathologie et clinique externes et clinique obstétricale		E. CABANES (A. ✪). FUSTER (A. ✪).
Chimie et physique		MALOSSE (A. ✪).
Pharmacie et matière médicale		MUSSO.
Section de médecine générale		RAYNAUD.
Section de chirurgie		LOMBARD.
Parasitologie et sciences naturelles		NÈGRE.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A MA FEMME

Simple gage de ma profonde affection

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MADAME VEUVE FRANCART

A MONSIEUR F. REVOLLON

Témoignage de reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL

Professeur de Clinique médicale

à qui revient l'idée première de ce travail et qui nous a toujours accueilli aimablement, nous adressons nos vifs remerciements.

A Monsieur le Docteur M. RAYNAUD

Chef de Clinique médicale

A Monsieur le Docteur M. COUDRAY

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE LYON

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ D'ALGER

A MES JUGES

INTRODUCTION

Court aperçu historique. - Plan général du sujet

Lorsque nous jetons les yeux sur la pathologie de l'œsophage, nous remarquons l'aptitude singulière de ce conduit à se spasmer dans tous les états pathologiques dont lui-même ou les organes qui lui sont voisins peuvent être le siège.

C'est une cause d'erreurs de diagnostic fréquente et pour ainsi dire journalière : erreur de localisation d'abord, beaucoup de malades, atteints d'affections de l'œsophage, étant soignés pendant de longs mois, parfois de longues années pour des troubles gastriques. (Guisez a pu citer le cas de deux malades qu'il eut à examiner et qui avaient été gastro-entérostomisés antérieurement pour un cardiospasme pris pour une sténose du pylore) ; ou bien encore ce sont des malades soignés pour troubles nerveux généraux, alors qu'il s'agissait d'une affection purement locale, et qui réclamait un traitement local également. Erreur enfin sur la nature même de la sténose; combien de malheureux furent étiquetés cancéreux, alors qu'il ne

s'agissait que d'un spasme avec contracture de tout autre origine.

C'est en raison de tous ces faits, en raison de toutes les erreurs commises, qu'il nous a paru intéressant de faire comme travail inaugural, l'étude du spasme symptomatique de l'œsophage.

En effet, les premiers auteurs s'occupaient peu du spasme symptomatique. S'ils ne le négligeaient pas complètement, ils ne lui accordaient que d'étroites limites.

Hippocrate (De Morbis, I. III, chapitre XII) ne parle que de la dysphagie convulsive qui accompagne le tétanos.

Gallien (Opéra, tome VIII, p. 334) étudie le spasme de l'œsophage, mais seulement le spasme dû à des tumeurs.

Celse (Traité de Médecine) ne s'occupe que du spasme de l'œsophage survenant à la suite de la morsure de chiens enragés. Il donne de la rage une description très détaillée.

Et, pendant de longues années, il n'en est plus fait mention.

Willis, en 1865 (De Morbis convulsivis, chapitre X, p. 532), traite de nouveau la question. Il nous parle des spasmes des hystériques, des spasmes idiopathiques, mais laisse complètement dans l'ombre les spasmes symptomatiques.

Hoffmann (De morbis œsophagi spasmodici 1733) divise les spasmes en idiopathiques et symptomatiques, mais n'assigne guère à ces derniers comme cause que la compression par les tumeurs.

Morgagni, lui, s'occupe beaucoup des spasmes symptomatiques et, le premier, leur assigne comme

cause les lésions de l'œsophage, de l'estomac et du voisinage.

Jourdan, dans le Dictionnaire des sciences médicales de 1814, analyse parfaitement les spasmes symptomatiques. Dès lors, la question a fait un grand pas.

Mondière qui reprend la question dans les Archives générales de médecine en 1833, établit définitivement et dans toutes ses causes l'œsophagisme.

Gendron, dans les Archives de médecine de 1858, n'en dit qu'un mot très court.

Péter cite un cas de spasme œsaphagien causé par une gastrite chronique.

Brazier, dans sa thèse, oublie le spasme lié aux affections de l'estomac.

Potain, rapportant une cas d'œsophagisme réflexe, (Gazette des Hôpiteaux 1883), considère le spasme comme étant le plus souvent symptomatique d'un cancer de l'estomac ou d'une lésion quelconque, siégeant plus ou moins loin.

Lacombe, dans son Rapport à la Société médicale des Hôpitaux, établit l'œsophagisme symptomatique du cancer de l'estomac et montre, dans une observation, dont nous parlerons plus loin, les difficultés que la présence de ce spasme apporte dans le pronostic du siège de la lésion.

Bertin, dans sa thèse, qui suivit bientôt les observations publiées par Lacombe, expose nettement les spasmes symptomatiques des lésions du tube digestif. Il conclut que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un spasme œsophagien, fût-il intermittent chez l'homme aussi bien que chez la femme, il faut se demander si ce spasme est d'origine purement

nerveuse, ou bien s'il ne serait pas l'indice d'une lésion organique de l'œsophage de l'estomac, voire même de l'intestin.

Ebstein, Eichorst, Osgood, citent des cas analogues. Hartmann pense que le spasme œsophagien est parfois le résultat d'un réflexe dû à un cancer de la partie inférieure de l'œsophage ou de l'estomac.

Bouveret et Richelot, plus tard, rapportent des cas de spasmes se rapportant à des troubles gastriques. Pour nous, nous nous sommes proposé d'étudier le spasme symptomatique dans sa généralité.

Dans une première partie, très courte d'ailleurs, nous nous sommes demandé pourquoi l'œsophage avait tant de tendances à se contracter, suivant des causes si diverses. Nous en avons trouvé la raison dans la structure même de cet organe et dans sa très riche innervation. Mais, à côté de cela, nous verrons que l'œsophage a une prédisposition à s'ulcérer, due à sa mauvaise irrigation sanguine. Nous laisserons de côté le spasme hystérique ou neurasthénique, ainsi qu'une certaine sorte de contractions spasmodiques de l'œsophage à laquelle Messieurs Enriquez et Durand donnent le nom de spasme réflexe.

Nous étudierons d'abord les différentes causes du spasme symptomatique, que nous diviserons en intoxications, lésions du Bulbe ou du nerf pneumogastrique, et lésions de l'appareil digestif. Nous attachant ensuite au spasme lui-même, nous en observerons les différents caractères. Nous verrons, à l'aide d'observations, que ce spasme peut être brusque, mais aussi progressif, et que, variable quant à sa date d'apparition, il l'est également quant à son intensité et à sa durée.

Nous remarquerons que, s'il a une prédilection pour les extrémités supérieure et inférieure, il peut néanmoins se produire en n'importe quel endroit du canal œsophagien.

Etudiant ensuite son évolution, nous pourrons nous rendre compte qu'en dehors même de la lésion causale qui peut être grave ou bénigne, le spasme a une gravité propre qui lui vient de la facilité avec laquelle la muqueuse œsophagienne peut s'ulcérer par suite de son manque de vaisseaux. Nous verrons ensuite que tout spasme peut passer par les trois phases, de spasme pur, de spasme exagéré par l'inflammation amenant la tétanisation des fibres musculaires, et enfin une phase de sténose cicatricielle spontanée.

Ayant étudié le spasme lui-même, nous allons rechercher comment nous en ferons le diagnostic. Nous nous demanderons d'abord s'il y a un rétrécissement du canal et nous résoudrons cette question par l'auscultation de l'œsophage, par le cathétérisme, par la radioscopie et surtout par l'œsophagoscopie. D'après les caractères de ce rétrécissement, nous jugerons si nous avons à faire à un spasme, ou bien à une sténose d'origine organique. Une fois convaincus que c'est bien un spasme qui se présente à nous, nous nous demanderons quelle en est la lésion causale.

Qu'il nous soit permis de remercier ici Monsieur le Professeur Ardin-Delteil, à qui nous devons le sujet de cette thèse et la plupart de nos observations, ainsi que Messieurs Raynaud et Coudray, chefs de clinique médicale, qui ont bien voulu nous prodiguer leurs conseils et leurs encouragements.

PREMIÈRE PARTIE

Le spasme œsophagien en général

Le spasme de l'œsophage est loin d'être une rareté, et si nous nous demandons le pourquoi de cette fréquence, nous en trouvons la raison dans la structure même du conduit œsophagien, ainsi que dans son innervation.

Structure de l'œsophage

L'œsophage, disent les traités d'anatomie, est un canal destiné à conduire les aliments du pharynx dans l'estomac. Situé profondément sur la face antérieure de la colonne cervico-dorsale, il traverse successivement la partie inférieure du cou, du thorax, la région supérieure de l'abdomen.

Rien n'est plus variable que les appréciations sur les limites, la longueur et le calibre de l'œsophage, suivant les différents auteurs : cela tient aux variations individuelles du conduit lui-même, mais aussi aux modes d'études employées.

Il nous faut constater, et cette notion est pour nous des plus intéressantes, que les résultats sont tout à fait différents sur le vivant, de ceux qu'on obtient sur le cadavre. (Guisez, Traité des maladies de l'œsophage, Paris 1911).

Killian a précisé la limite supérieure au niveau de laquelle il décrit un sphincter circulaire visible dans certaines conditions, sur le vivant; il lui a donné le nom de « bouche œsophagienne ». Elle se présente comme une sorte d'entonnoir plissé, dont les plis s'engrènent suivant une direction transversale et dessinent une sorte de fente aplatie de un centimètre environ de large.

La paroi postérieure de cet entonnoir continue la paroi postérieure du pharynx. La paroi antérieure est plus inclinée et s'approche progressivement de la précédente, pour s'engrener finalement avec elle. Cette bouche est exactement fermée en contraction tonique par le sphincter, dont nous avons parlé plus haut et qui est formé aux dépens du constricteur inférieur du pharynx.

Cette bouche ne s'ouvre que dans les mouvements de nausées ou de déglutition. L'orifice supérieur est situé à 15 centimètres environ de l'arcade dentaire supérieure et répond en arrière, à la sixième vertèbre cervicale; en avant, au bord inférieur du cartilage cricoïde.

La limite inférieure de l'œsophage se reconnaît extérieurement sur le cadavre et sur le vivant, par un angle plus ou moins visible que forme sa paroi gauche avec la grande courbure de l'estomac. Intérieurement, la limite est moins bien marquée.

Le cardia présente normalement un aspect infun-

dibuliforme, à parois plissées vers un orifice un peu dévié vers la gauche. A l'état normal, le cardia est en état de tonus léger dû à la contraction du sphincter cardiaque; mais ce tonus est tellement peu marqué qu'il peut s'ouvrir au moment des inspirations. Cependant, pendant la digestion, il est plus exactement fermé; il en est de même si on ne l'a pas cocaïnisé, au moment du contact du tube de l'œsophagoscope. Cette limite inférieure est située à 25 centimètres de la bouche œsophagienne, à 40 centimètres par conséquent de l'arcade dentaire.

Entre ces deux points extrêmes qui se présentent à nous fermés, la portion moyenne est béante. Indépendamment d'un aplatissement général, d'une courbure à concavité antérieure, l'œsophage présente deux inflexions latérales. Toutes ces inflexions sont peu sensibles et très peu importantes, car un instrument rectiligne rigide introduit dans l'œsophage n'éprouve, pour le parcourir, aucune difficulté.

D'autre part, ce conduit n'est pas régulier, mais présente successivement : un rétrécissement aortique, un rétrécissement bronchique et un rétrécissement diaphragmatique.

L'œsophage est constitué tout d'abord par une tunique musculeuse (muscle œsophagien de certains auteurs), formée par des fibres externes, longitudinales et des fibres internes circulaires. Ces fibres musculaires sont striées dans la partie supérieure et deviennent lisses dans la partie inférieure. Une tunique celluleuse faiblement adhérente à la musculeuse, mais intimement à la muqueuse, la sépare de la couche musculaire. La muqueuse, d'un blanc mat dans la plus grande partie de son étendue, est constituée par un épithélium pavimenteux.

Innervation de l'œsophage

L'innervation de l'œsopage est due à la fois au pneumogastrique et au grand sympathique. Ces nerfs forment, tout d'abord, entre la couche de fibres circulaires et la couche de fibres longitudinales de la tunique musculeuse, un riche plexus.

Finalement, les fibres nerveuses se dépouillent de leur myéline et aboutissent à des éminences terminales extrêmement nombreuses, et Ranvier a pu dire « qu'il ne connaissait aucun muscle, à l'exception du cœur lymphatique des reptiles, où les éminences terminales se montrent aussi nombreuses que dans le muscle œsophagien ». Un plexus formé de fibres pâles, avec des petits ganglions, se retrouve dans la couche sous-muqueuse.

En tout cas, il est acquis que le péristaltisme œsophagien est sous la dépendance des mouvements de déglutition qui se passent dans le pharynx : il s'agit là d'une simple mise en marche de ce mouvement par voie nerveuse. Un corps étranger introduit directement dans l'œsophage ne progresse pas, mais si le sujet exécute un mouvement de déglutition, le bol alimentaire est entraîné. (Exp. de Chauveau). C'est pour cela que dans tous les cas où il y a gêne de la déglutition, on voit apparaître, par irritation des filets du pneumogastrique, le réflexe œsophago-salivaire de Roger (1904). Dans toutes les sténoses œsophagiennes, quelle qu'en soit la cause, la dysphagie s'accompagne de ce réflexe qui peut atteindre des proportions considérables et entraîner une sialorrhée abondante. Un canal ainsi constitué anatomiquement

et doué d'un appareil nerveux aussi développé, est prêt à se contracter spasmodiquement dans les conditions étiologiques les plus diverses.

Classification des spasmes

Messieurs Enriquez et Durand, dans leur article sur le spasme de l'œsophage, le divisent en trois catégories :

1° Dans une première classe, ils rangent les spasmes qui se produisent chez les hystériques ou les neurasthéniques : c'est le spasme idiopathique. Telles sont les contractions spasmodiques violentes que nous voyons se produire chez des gens nerveux, sans cause appréciable. De même nous voyons des personnes tellement affolées par la crainte de la rage, que la morsure d'un chien, d'ailleurs sain, fait naître chez elles tous les symptômes de la rage. Philibert Blanchard soutint, en 1821, devant la Faculté de médecine de Paris, une thèse qu'il intitula : « Dissertation sur l'identité probable de certaines hydrophobies spontanées et de l'hydrophobie communiquée ou rage », et il ajouta comme sous-titre : « D'après l'examen comparatif des symptômes des deux maladies et surtout d'après cette considération, que le virus rabique peut exister à des degrés d'intensité différents ». Blanchard voyant que les uns, mordus par des chiens enragés mouraient, que les autres, au contraire, guérissaient, ne soupçonnant pas là une manifestation de l'hystérie, songeait qu'il ne devait s'agir que d'une simple question d'intensité ou de dose, mais que le poison était le même. Il rapporte du reste lui-même la phrase de Baco « *Multa in modo rei et circunstan-*

tiis ejus nova quæ in genere ipso nova non sunt ». Si le spasme a une prédilection marquée pour les femmes, surtout les jeunes femmes de dix-huit à vingt-cinq ans, c'est que, dans la majorité des cas, elles sont la proie de l'hystérie. Le spasme peut constituer l'unique manifestation de la névrose aussi bien que s'associer au contraire à d'autres phénomènes. Certains faits d'ordre moral ou physique (chagrin, surmenage), en sont les causes occasionnelles les plus fréquentes. Mais c'est ici qu'il faut se souvenir de la parole du Professeur Maurice Raynaud, dans ses leçons cliniques (Annales des maladies de la gorge, 1877) : « Lorsque les gens du monde veulent expliquer un symptôme tant soit peu insolite, ils disent : c'est un nerveux. Trop souvent, de même, les médecins lorsqu'ils sont embarrassés disent de même : c'est l'hystérie ».

2° Enriquez et Durand donnent à la seconde classe le nom de : spasmes réflexes. Nous ferons remarquer que pour être symptomatique, le spasme œsophagien est toujours réflexe : c'est, par exemple, un spasme réflexe symptomatique d'une lésion gastrique.

Il paraît y avoir là une fausse division; il semble que l'on joue un peu sur les mots.

Cependant nous garderons cette même classification tout en reconnaissant qu'elle est loin d'être parfaite, et nous donnerons le nom de spasme réflexe à celui qui n'est plus symptôme, mais complication d'une lésion éloignée.

Joal nous cite un cas de spasme de l'œsophage causé par une rhinite hypertrophique. En effet, le spasme céda brusquement après traitement et guérison de cette rhinite. C'est encore un autre cas de Joal,

dans lequel nous voyons le spasme causé par l'hypertrophie de l'amygdale linguale. Chez le jeune sujet de source nerveuse et rhumatismale, on avait constaté plusieurs fois du spasme œsophagien. L'examen montre une pharingite intense avec rhinite concomitante. La guérison de la rhinite n'amène aucune amélioration. Monsieur Joal fait alors une application de cocaïne et cautérise au galvano-cautère, les follicules clos de la base de la langue. Le spasme disparaît alors complètement et d'une manière définitive.

Nous voyons encore ce spasme se produire au cours de la grossesse, des métrites et même de la blennorragie. Mais ici comme au cours de l'éruption des dents de sagesse, le spasme peut provenir d'un état nerveux hystériforme, peut-être de l'hystérie elle-même, que ces états font éclore; mais il peut aussi se produire à la faveur des troubles gastriques coexistants, et nous pouvons nous demander s'il n'est pas symptomatique d'un état dyspeptique.

3° Enfin dans la troisième catégorie, le spasme est symptomatique. C'est à cette classe que nous consacrerons ce modeste travail. Nous étudierons d'abord, les lésions qui peuvent le causer, les différentes formes qu'il peut affecter, les endroits où il peut siéger de préférence, et enfin son évolution et son pronostic. Nous consacrerons ensuite un chapitre à son diagnostic, et enfin nous terminerons par quelques mots sur son traitement car ici, sans oublier la lésion causale, la médecine symptomatique a toute son importance.

DEUXIÈME PARTIE

Le spasme symptomatique

En nous basant sur la définition de l'œsophagisme en général, par Mondière, dans les Archives générales de médecine en 1833, nous dirons que le spasme symptomatique est constitué par : une constriction plus ou moins complète et durable du canal œsophagien, pouvant aller de la simple gêne à la déglutition jusqu'à la dysphagie la plus absolue et pouvant être symptomatique soit d'une intoxication, soit d'une lésion du bulbe ou du pneumogastrique, soit surtout d'une lésion du tube digestif.

A. -- ETIOLOGIE

Les causes du spasme symptomatique

1° Parmi les intoxications, trois surtout comprennent le spasme de l'œsophage dans leur complexus symptomatique : ce sont les empoisonnements par l'arsenic, la belladone et la strychnine. Andral nous

rapporte un cas d'intoxication par l'arsenic, qui est resté célèbre dans les Annales de médecine légale, c'est le suicide du duc de Praslin en 1847. Le duc, soupçonné d'avoir assassiné sa femme, était, grâce à sa haute situation, gardé à vue dans ses appartements. Trompant la surveillance des policiers attachés à ses pas, il réussit à avaler une dose d'arsenic qui causa sa mort au bout de plusieurs jours de souffrance. Andral nous dit que le patient présentait une contraction spasmodique de l'œsophage telle que la déglutition de la salive elle-même était douloureuse et que toute alimentation même liquide était impossible.

2° Le spasme œsophagien se présente encore comme symptôme capital dans la rage confirmée.

Tout le monde connaît l'horrible supplice de ces malheureux enragés qui, brûlés par la fièvre et mourant de soif, ne peuvent supporter la vue seule de l'eau, qui suffit à faire naître chez eux le spasme douloureux. La salive sécrétée en abondance par suite du réflexe œsophago-salivaire, s'écoule par terre car elle ne peut être déglutie. Larrey, Giraldès, Verneuil, ont signalé le spasme œsophagien dans les formes hydrophobiques et dysphagiques du tétanos. Dans le tabès, dont il peut constituer un des premiers symptômes, le spasme peut reconnaître deux origines : Il peut être causé par un trouble nerveux d'origine centrale ou bien être lié à l'existence d'un état dyspeptique. Cette dyspepsie elle-même est occasionnée par un abus médicamenteux, tel que l'usage trop prolongé de l'iodure de potassium, mais elle peut aussi exister longtemps avant la manifestation des premiers symptômes du tabès. Il suffit alors du moindre excès alimentaire, pour produire une crise gastrique

sous l'influence de laquelle se produira le spasme œsophagien.

3° La compression du nerf pneumogastrique, quelle que soit d'ailleurs son origine s'accompagne toujours d'une dysphagie prononcée. Dans l'anévrysme de l'aorte, nous voyons cette compression du Vague se traduire par des crises spasmodiques de dyspnée, d'aphonie et d'œsophagisme. Ces spasmes furent observés tout d'abord par Ward et bien décrits un peu plus tard par Krishaber (1866). Dans ces cas, le spasme vient compliquer la gêne apportée par la compression de l'œsophage lui-même, dont la paroi est repoussée par l'anévrysme. Il en est de même lorsque la compression est due à un ganglion. Ces ganglions prétrachéo-bronchiques et intertrachéo-bronchiques sont souvent atteints par la tuberculose, ainsi que le constatent Marchal, Fonssagrives et Leréboullet, dans les longues études qu'ils leur ont consacrées; il en résultera une cause fréquente de spasmes de l'œsophage. A. Maud l'a rencontré dans le goître éxophtalmique et Coldam dans un cas de compression du pneumogastrique, par un abcès ossifluent.

4° La cause la plus intéressante du spasme symptomatique réside, à notre avis, dans les lésions du tube digestif. Aucun point de l'œsophage, de l'estomac ou de l'intestin ne peut être lésé sans que ce conduit ne puisse réagir par sa contraction spasmodique.

Guisez l'a signalé dans l'ulcère simple de l'œsophage, Kappis et Wald,qui nous en citent des cas dans *le Journal de chirurgie* de 1910, attirent notre attention sur cette dysphagie spasmodique qui se présente souvent comme tout premier symptôme.

Zenker et Zimsen ont cependant nié l'existence de cet ulcère de l'œsophage ; il est vrai qu'il fut rarement diagnostiqué pendant la vie. Cela nous paraît tenir à ce qu'il est ordinairement masqué par des troubles gastriques comcomitants. Il est à remarquer d'ailleurs que dans un grand nombre de cas (8 fois sur 14 cas, d'après Guisez), on a constaté à l'autopsie la coexistence d'un ulcère de l'œsophage, avec un ulcère gastrique ou duodénal. Ces ulcères reconnaissent probablement la même pathogénie. Ou bien il y a régurgitation dans l'œsophage du suc gastrique de l'estomac, ou bien il s'agit d'une sécrétion d'un suc à propriétés peptiques par les îlots de muqueuse gastrique que l'on rencontre dans la partie inférieure de l'œsophage. Le cancer de l'œsophage est malheureusement loin d'être aussi rare. Guisez affirme, dans son livre des maladies de l'œsophage, et cela d'après ses statistiques personnelles, que le néoplasme est plus fréquent à lui seul que toutes les autres affections de l'œsophage réunies (580 cas sur 800 malades observés). Quelle que soit sa forme, bourgeonnante et polypeuse, ulcéreuse ou infiltration sous-muqueuse, le spasme survient et complique la sténose que produit la tumeur elle-même. C'est lui que nous voyons encore apparaître comme symptôme d'œsophagite ulcéreuse due à la tuberculose ou à la syphilis. MM. Texier et Lécuyer, de Nantes, ont présenté récemment, au Congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie de Paris, un cas de spasme symptomatique d'une inflammation chronique de l'œsophage. Enfin Best, de Heidelberg, nous signalent plusieurs cas de dilatation idiopathique de l'œsophage, s'accompagnant de spasme du cardia.

L'auteur se demande si le spasme est primitif ou secondaire; nous laissons aux maîtres de la science le soin de trancher la question. Mais il est une chose certaine, c'est que la dilatation, qu'elle soit cause ou effet, s'accompagne très fréquemment de lésions ulcéreuses de la muqueuse, dues au séjour prolongé des aliments et à la stagnation des liquides.

Best nous cite le cas d'une femme de 53 ans, qui, à l'occasion d'une traversée, eut un mal de mer terrible avec des vomissements qui durèrent trois jours. Ces vomissements s'accompagnèrent de douleurs rétro-sternales très vives, avec sensation de déchirement. Depuis, ces douleurs réapparurent de temps en temps, la malade les calmait par l'ingestion d'un peu d'eau. Puis apparurent des troubles de la déglutition surtout marqués lorsque la malade était émotionnée par quelque épreuve de son métier d'artiste. Il lui semblait que les aliments restaient au-dessus de l'estomac, puis qu'ils y tombaient au bout d'un certain temps. A la suite d'une cure de repos et de régime, il se produisit une amélioration notable qui dura plusieurs mois. Les difficultés de la déglutition reparurent, accompagnées de régurgitations. Flénier introduit une sonde qui, arrêtée à 40 centimètres de l'arcade dentaire, laisse écouler 50 cmc. d'un liquide mousseux et trouble. Par une pression continue, on franchit le cardia; ce qui provoque une légère douleur. On cathétérise tous les matins : après ce traitement, la malade peut reprendre son métier pendant un an. Les mêmes troubles reparaissent, le même traitement n'amène aucun soulagement. On constate une dilatation œsophagienne d'une contenance de 150 cmc. En versant de l'eau dans la sonde, on pro-

voquait l'issue bruyante de gaz abondants. Au bout de quelque temps, l'œsophage s'était encore dilaté davantage. La radiographie montra une dilatation considérable de l'œsophage.

D'après cette courte étude de Best, il nous semble bien que le spasme prit naissance sur une légère excoriation de la muqueuse, causée par les vomissements faits pendant la traversée. Le spasme, d'abord léger, s'accentue peu à peu; comme réponse, l'œsophage se laisse dilater. Les liquides stagnants attaquent la muqueuse qui se contracte de plus en plus, en même temps que, par suite de la stase, les ulcérations augmentent. En effet, la sonde qui fait éviter aux aliments la zone ulcérée, fait cesser par là même les causes d'irritation et le spasme diminue aussitôt.

On a pu encore constater le spasme symptomatique dans le muguet et l'actinomycose de l'œsophage, ainsi que dans certaines ulcérations produites au cours de la fièvre typhoïde.

Le spasme se rencontre de même dans les lésions gastriques. Ricardo Botey, dans une leçon clinique parue dans les Annales des maladies de la gorge de 1877, déclare que le spasme de l'œsophage est rare en dehors de toute lésion de l'estomac. M. le Professeur Ardin-Delteil (*Bulletin médical de l'Algérie*, 1909, p. 403), présente l'observation d'un vieillard qui accusait tous les signes d'un rétrécissement œsophagien de nature organique. L'œsophagoscopie pratiquée par M. Aboulker, chef de service d'Oto-Rhino-Laryngologie, montre l'inexistence d'un obstacle œsophagien. Il s'agit simplement de spasme. Ce dernier était symptomatique d'une néoplasie gastrique qui emporta le malade.

Péter l'avait signalé dans la gastrique chronique.

Nous remarquerons en outre, dans nos observations, que les malades qui rentrent à l'hôpital, le font presque tous à cause de cette dysphagie. Nous sommes persuadé que si on ne la trouve pas notée plus souvent, c'est que, tablant sur un état nerveux du sujet, état nerveux qui existe presque toujours dans les états gastriques, on ne prête aucune attention à cette gêne de la déglutition que le malade accuse. A notre avis, c'est un tort, car presque toujours ce spasme, intermittent et léger d'abord, est un symptôme précurseur qui nous indique de nous méfier. C'est un signal d'alarme que nous ne devons pas négliger, sous peine de faire fausse route.

Le spasme œsophagien peut également se rencontrer dans les affections intestinales. L'helminthiase en est une cause très fréquente chez les enfants et les adolescents.

B. - Modalités du spasme symptomatique

Dans le chapitre précédent, nous avons vu le spasme causé par des lésions de siège et de nature variés; nous allons maintenant l'étudier en lui-même. Nous nous attacherons successivement à décrire ses différentes formes, ses sièges de prédilection et enfin son évolution, en dehors même de la lésion causale.

1° *Caractères du spasme symptomatique*

Lorsque nous ouvrons un livre de pathologie, nous lisons que le spasme œsophagien, qu'il soit, du reste, symptomatique ou essentiel, a pour caractère principal d'être brusque. C'est la règle générale, mais elle

souffre nombre d'exceptions. C'est l'histoire de ces malades qui, un beau jour, au milieu d'un repas, sont pris brusquement d'un spasme s'opposant à toute ingestion d'aliments même liquides. Moulonguet, d'Amiens, nous en rapporte un exemple saisissant : Un écolier de sept ans avale, par déplaisance ou par mégarde, de la potasse caustique. Pendant plusieurs jours, l'enfant souffre beaucoup et présente des symptômes de vive œsophagite, puis tout rentre dans l'ordre. Deux mois après, l'enfant est pris brusquement d'un spasme œsophagien qui empêche toute alimentation solide et même liquide. Cette contraction persistant pendant plusieurs jours, on dut faire une gastrostomie pour alimenter le malade qui se mourait d'inanition. Le soir même, le spasme cessait et l'alimentation par la voie supérieure était possible. On voulut dilater le rétrécissement cicatriciel laissé par la potasse caustique, pour éviter le retour d'un pareil accident. Par suite d'une fausse manœuvre, une sonde fit une légère éraflure de la muqueuse et tous les accidents spasmodiques reparurent avec une intensité telle que le malade faillit mourir. Par la suite, le spasme céda et l'ulcération se cicatrisa d'elle-même. M. Moulonguet, par prudence, cependant, fit garder sa fistule gastrique à l'enfant, qui, aujourd'hui se porte très bien et mène exactement la même vie que ses petits camarades. Parfois, au contraire, c'est un malade qui se plaint depuis longtemps de troubles gastriques, d'aigreurs, avec quelques petits troubles de la déglutition si insignifiants et si passagers que le patient n'y prête aucune attention. Ces troubles peuvent s'atténuer et même disparaître pendant des jours ou

des semaines; mais ils n'en continuent pas moins leur marche lente et progressive.

Ce spasme peut être primitif, c'est-à-dire apparaître comme le premier symptôme d'une affection demeurée jusque-là absolument latente. Nous en trouvons un exemple dans l'observation que nous avons empruntée à la thèse de Lucien Lamy. Il s'agit d'un homme de 32 ans, qui ne présente rien d'intéressant ni dans ses antécédents héréditaires ni dans ces antécédents personnels. Le malade n'a jamais avalé de caustique. Cet homme, un jour, au commencement de son repas, fut dans l'impossibilité absolue de déglutir un morceau de viande. Ce n'est que cinq minutes après que le malade eut l'impression que le morceau venait de glisser subitement et de pénétrer dans son estomac. Jamais auparavant, il n'avait éprouvé la moindre gêne pour avaler. Il s'agissait donc bien là d'un premier symptôme, d'un premier cri d'alarme, avertissant que quelque chose d'anormal se passait dans les voies digestives. En effet, un examen œsophagoscopique pratiqué quelques mois après (9 mois exactement), révéla deux masses bourgeonnantes, de nature épithéliomateuse dans la lumière de l'œsophage.

Cependant le spasme est loin d'être toujours primitif, il peut même apparaître longtemps après la douleur.

Ce fut le cas du nommé D..., dont l'observation, recueillie dans la clinique de M. le Professeur Ardin-Delteil, est publiée à la fin de ce travail. D... se plaignit de troubles de l'estomac, de renvois acides, longtemps avant l'apparition du spasme qui affecta une marche progressive.

La contraction spasmodique peut s'accompagner de douleurs fort vives qui peuvent être spontanées ou bien simplement provoquées par l'ingestion des aliments.

Spontanées, elles seront en général légères et consisteront surtout en une sensation de cuisson ou de démangeaison dans la gorge. Elles siègeront à des niveaux variables comme le spasme lui-même.

Provoquées par l'ingestion des aliments, les douleurs seront fortes et causeront fréquemment au malade une angoisse inexprimable. Hoffmann nous parle d'un malade qu'il vit tomber dans une anxiété profonde, avec sensation très nette de mort imminente, parce que les aliments qu'il avait essayé vainement d'avaler, ne pouvaient être ni rejetés par régurgitation, ni entraînés dans l'estomac, malgré l'absorption de liquides, moyen que le malade employait ordinairement avec succès.

Variable dans sa forme, variable dans son apparition, le spasme symptomatique l'est encore dans son intensité. La contraction peut être telle que rien, ni liquide, ni solide, ne peuvent passer. Lucien Lamy, dans sa thèse nous parle d'un malheureux qui fut pris brusquement d'un spasme invincible de l'œsophage. Le potage, qu'il fait de vains efforts pour avaler, est rejeté immédiatement. Le malade tente alors d'absorber du bouillon seul : le résultat fut le même que pour le potage. L'évolution ultérieure de l'affection montra qu'il s'agissait là d'un spasme œsophagien, brusque et complet, symptomatique d'un néoplasme de l'œsophage.

Souvent, au contraire, le spasme est incomplet. Tandis que les aliments solides ne passent plus, les

liquides sont déglutis sans difficulté, ou du moins sans efforts trop violents ni douleurs trop vives .Nous citons un exemple de ce spasme : dans cette observation, due à l'obligeance de M. le Professeur Ardin-Delteil, nous voyons que les aliments solides furent arrêtés bien avant les liquides; ce qui permit d'alimenter le malade avec du lait pendant un certain temps. On peut nous objecter que, peut-être,, il s'agit là d'un rétrécissement organique assez large pour les boissons ou les aliments très finement coupés, mais insuffisant pour un bol alimentaire de volume normal. Cette objection tombe d'elle-même lorsque nous voyons le spasme devenir électif : Tel spasme, par exemple, qui laisse facilement passer un liquide chaud, s'opposera à la déglutition d'une boisson fraîche ou glacée. La contraction peut encore se produire sous l'influence des liquides, en dehors de toute question de température, alors qu'une bouchée de pain mâchée n'éprouvera aucune peine pour être déglutie.

D'autre part, le spasme de l'œsophage peut être passager, intermittent ou continu. Passager, il surviendra chez un malade, alors que celui-ci n'y songe point, et puis, il partira brusquement, comme il était venu. Sa durée peut varier considérablement. Parfois, c'est une simple sensation qui a la rapidité de l'éclair : la bouchée avalée s'arrête; le malade n'a pas même le temps de faire un mouvement et le bol alimentaire reprend son chemin. Il n'en est pas toujours ainsi, et le spasme peut durer plusieurs heures, plusieurs jours même et céder ensuite. C'est ce que nous avons vu dans le cas de Moulonguet: le spasme, après plusieurs jours de durée, céda brusquement, après qu'on eut gastrostomisé le patient pour pouvoir l'ali-

menter. D'autres fois, les intervalles sont beaucoup plus capricieux. Le spasme qui survient aujourd'hui, disparaîtra demain. Huit jours après, nous le verrons revenir, persister un mois et fuir de nouveau. Après des mois, quelquefois des années, alors que le malade se croyait définitivement guéri, le spasme s'abat de nouveau sur lui comme un oiseau de proie, et brise d'un seul coup tous ses rêves.

Le spasme symptomatique peut s'établir d'un seul coup, d'une manière définitive. Du jour où il paraît, c'est fini, il ne rétrocédera plus jamais. Et même si le malade, gastrostomisé, continue à vivre en s'alimentant par sa bouche gastrique, le spasme ne désarme pas et toute alimentation par la voie œsophagienne est devenue impossible. C'est qu'alors, comme nous le verrons un peu plus loin, en étudiant l'évolution du spasme, à la contraction spasmodique pure primitive, vient se joindre la contracture.

2° *Sièges du spasme symptomatique*

Cette contraction spasmodique, produite par des causes très différentes les unes des autres, affecte donc les formes les plus diverses. Mais quelle que soit sa modalité, brusque ou progressif, complet ou incomplet, passager ou permanent, le spasme peut siéger en des points variables de l'œsophage. Nous avons étudié, très rapidement, au début de ce travail, la structure générale du conduit œsophagien. Nous avons vu que, fermé au niveau de la bouche œsophagienne par la contraction du sphincter formé par les fibres circulaires de la tunique musculeuse (Killian), il l'était également au niveau du cardia par un sphincter à tonicité moindre cependant que celui de

l'extrémité supérieure. L'anatomie et la physiologie nous faisaient donc prévoir que le spasme se produirait de préférence en ces deux points. C'est en effet ce que la clinique nous a permis de constater. Très souvent, le spasme symptomatique d'une lésion de l'estomac se produira au niveau du cardia. Manlière cite le cas d'un homme qui, atteint d'un cancer de l'estomac, présentait un spasme du cardia permanent. L'autopsie permit de constater que les fibres musculaires de l'œsophage étaient contracturées ; mais en aucun point, il ne fut possible de trouver de matière cancéreuse.

Le nommé G..., dont l'observation, recueillie dans le service de M. le Professeur Ardin-Delteil, est publiée à la fin de cet opuscule, présentait à la partie tout inférieure de l'œsophage un arrêt très marqué du bismuth à la radioscopie. G... était atteint d'un néoplasme de l'estomac. Mais il n'en est pas forcément ainsi. A côté de ces cas, il en est d'autres où nous voyons le spasme se produire à de grandes distances de l'ulcération causale.

Le nommé L..., dans notre observation, présentait à 16 centimètres environ de la bouche œsophagienne, une masse obstruant la lumière du canal. Cette masse est lisse, non ulcérée et recouverte d'une muqueuse saine. Une sonde olivaire introduite, est arrêtée brusquement au niveau de cet obstacle. On passe alors un tube œsophagoscopique qui ne montre plus aucune trace du rétrécissement précité. Il s'agissait donc bien d'un spasme, puisqu'il pouvait apparaître instantanément; et son siège n'en était pas moins à 9 centimètres de l'orifice cardiaque. Parfois même, le spasme peut siéger encore plus loin : on a vu des lé-

sions gastriques ou même intestinales s'accompagner de spasme symptomatique de la « bouche œsophagienne ».

Dans les affections de l'œsophage, le spasme peut se rencontrer soit au niveau, soit au-dessus ou au-dessous de la lésion causale. Certains corps étrangers irritent l'œsophage, qui se contracte sur eux, comme les urétères ou les canaux biliaires se contractent sur un calcul. C'est là l'histoire fréquente des malades qui viennent dans les services d'Oto-Rhino-Laryngologie, pour des objets divers qu'ils ont avalés. L'œsophage peut, souvent, supporter très allègrement la présence importune du corps étranger, puis brusquement, l'irritation de la muqueuse fait naître la contraction spasmodique de l'œsophage qui se contracte sur lui très fortement. Cette contraction peut créer des difficultés très grandes au moment de l'extraction. Le spasme peut aussi se produire au-dessus de la lésion, et là, je le compare absolument à la contraction de défense que nous voyons survenir dans différents états pathologiques. Par exemple, la contraction des muscles de l'abdomen dans l'appendicite. C'est alors pour l'œsophage un moyen de lutte contre toute introduction d'éléments capables d'irriter les ulcérations dont il est porteur. Nour rapportons un cas de cancer de l'œsophage, où l'œsophagoscopie a permis de se rendre compte de ce phénomène. La tuméfaction revêtue de muqueuse saine est immédiatement sus-jacente à une surface ulcérée. La biopsie pratiquée fit constater que la muqueuse était absolument saine. Cependant, même dans les lésions ulcératives de l'œsophage, le spasme peut se produire non plus immédiatement au-dessus ou au-

dessous de la lésion, mais à une distance plus ou moins grande. M. le docteur Lacombe, dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* en 1885, cite le cas d'un malade atteint d'un cancer de l'œsophage situé dans la région cervicale. Le cancer laissait assez facilement passer la sonde; mais quand on arrivait au cardia, il était absolument impossible de le franchir. Or, l'autopsie vint démontrer indiscutablement que les pronostics étaient faux. En effet, le premier obstacle franchissable était le cancer lui-même; tandis que le cardia ne présentait absolument rien d'anormal dans sa coloration et qu'on ne trouvait aucune trace de rétrécissement.

3° *Pronostic du spasme symptomatique*

Dans le pronostic du spasme symptomatique, nous ne nous occuperons pas de la gravité de la lésion causale. Il peut en effet exister dans la lésion la plus bénigne, parfois même sans aucune ulcération, aussi bien que dans le néoplasme le plus grave. Mais il a une gravité qui lui appartient en propre, quelle que soit la nature de son origine. En effet, nous avons vu dans notre première partie, que la richesse nerveuse de l'œsophage était remarquable; malheureusement, il est aussi pauvre en vaisseaux que ses terminaisons nerveuses sont riches. La conséquence de cette mauvaise irrigation sanguine est que la muqueuse ne tarde pas à s'ulcérer, lorsque, par suite de spasme, les aliments séjournent plus ou moins longtemps dans l'œsophage avant de pénétrer dans l'estomac.

Nous voilà donc, tournant dans un cercle vicieux : le spasme crée l'ulcération qui va entretenir la contraction par l'irritaion qu'elle produira. D'autre part,

on regardait classiquement le spasme lui-même comme toujours temporaire et bénin. C'est une erreur contre laquelle Guisez a lutté avec ardeur. A ce point de vue, nous pouvons considérer ses études comme concluantes. Pour lui, le spasme aboutit fatalement, un jour ou l'autre, à une véritable sténose permanente et organique. D'après ses observations, on noterait les trois phases suivantes :

1° Dans une première période, il ne s'agit que de spasme pur. Les symptômes sont alors intermittents, transitoires, capricieux dans leur apparition. Leurs caractères sont généralement bénins.

2° Dans une seconde phase, nous voyons le spasme s'exaspérer. L'irritation et l'inflammation locale, en causant son exagération, amène la contracture spasmodique, la tétanisation et la fermeture permanente des sphincters œsophagiens.

3° Enfin, apparaît la troisième phase bien décelée par l'œsophagoscopie. Il survient alors une véritable dégénérescence, une sténose cicatricielle spontanée du conduit. Le facteur de cette sténose, c'est l'irritation de la muqueuse par le bol alimentaire. La muqueuse qui s'enflamme réagit alors en s'épaississant. Comme résultat, la portion de l'œsophage située en amont se laissera dilater. C'est dans ce cas que nous voyons se produire les grands diverticules du cou et ces énormes dilatations ayant jusqu'à deux ou trois litres de capacité. Ces dilatations se proluiront surtout au cardia et seront le siège de fermentations putrides abondantes. A la suite, nous pourrons voir survenir encore de la leucoplasie œsophagienne, parfois même le cancer. Certains auteurs ont en effet noté la fréquence du cancer succédant au spasme.

Sans dénier au spasme la propriété de créer, par suite de la stase qui en résulte, des conditions favorables à l'implantation et au développement d'un cancer, il nous est permis de nous demander si, dans ces cas, la contraction spasmodique, loin d'être cause, n'est pas, au contraire, un premier symptôme. Un cancer en voie de formation, jusqu'alors impossible à diagnostiquer macroscopiquement, irriterait les terminaisons nerveuses de l'œsophage qui réagirait par sa contraction spasmodique. Cette explication est, à notre avis, aussi simple et aussi satisfaisante que celle qui veut voir dans un spasme plus ou moins intermittent, la cause d'un néoplasme ne se révélant par d'autres symptômes qu'au bout de plusieurs mois.

C. - Diagnostic du spasme symptomatique

En présence d'un malade qui se plaint de dysphagie partielle ou absolue, le devoir du médecin est de rechercher la nature de l'obstacle. Est-ce un rétrécissement organique ? Est-ce un spasme ? Quelle en est la nature ? Où siège-t-il ? Telles sont les questions qui doivent se présenter à son esprit tour à tour. Pour pouvoir répondre à toutes ces interrogations, le clinicien a plusieurs procédés qui s'offrent à lui. Nous allons très rapidement les passer en revue.

La Palpation, pratiquée sur les parties latérales du cou et spécialement à gauche, pourra nous renseigner sur la présence d'un corps étranger volumineux ou bien sur l'existence d'une ou de plusieurs tumeurs.

Le toucher buccal, ne permet guère d'atteindre que

la partie inférieure du pharynx. Pour aller plus loin, jusqu'à la bouche de l'œsophage, il faut user de violence. C'est pourquoi, malgré l'avis de certains auteurs qui en sont partisans, nous croyions que ce procédé est à rejeter comme inutile et même dangereux : la violence est le plus grand ennemi de la médecine.

L'auscultation de l'œsophage se pratique soit au cou, soit au dos, soit dans l'intérieur même de l'organe. Lorsqu'on applique le stéthoscope en arrière de la trachée, à gauche, chez un sujet sain, on perçoit pendant la déglutition des liquides un gargouillement très sonore. En l'appliquant sur le rachis, à gauche, au niveau des premières vertèbres dorsales, on entend un bruit de glou glou beaucoup moins éclatant, souvent même très faible. Ces bruits seront retardés lorsque le conduit sera rétréci.

Hambürger, qui leur a consacré une étude détaillée, prétend percevoir des frottements, des râclements, des bruits de drapeau, des chocs. Il se fait fort de distinguer par l'auscultation, la configuration fusiforme ou infundibuliforme du bol alimentaire Il apprécie également l'énergie du muscle œsophagien par la « régurgitation sonore ». Il est fort douteux que beaucoup de praticiens arrivent jamais à avoir une oreille aussi exercée que la sienne. On a pu parfois employer l'endostéthoscopie pour apprécier la nature des corps étrangers de l'œsophage. Une tige flexible, terminée par un bouton de métal, atteint le corps étranger et transmet le son à un appareil de renforcement.

Si on applique le stéthoscope à la portion gauche de l'épigastre, à gauche de l'appendice xiphoïde, on perçoit, au moment où les aliments arrivent dans l'es-

tomac vide ce qu'on appelle le « bruit d'expression ». Ce bruit est tardif et prolongé quand l'œsophage se paralyse ; il est atténué lorsque l'organe se rétrécit. On a signalé également un « bruit de projection », qui se produirait sous l'influence de la dilatation spontanée du cardia, au moment de l'ingestion des aliments. Ce bruit s'accentuerait dans les cas de parésie du cardia.

Le cathétérisme, a constitué un progrès qui ne laisse pas que d'être parfois dangereux. Trop nombreux sont, en effet, les cas de mort causés par la perforation de l'œsophage au cours d'un cathétérisme fait pour cancer de conduit ou pour anévrysme de l'aorte. Il faut avoir la main douce et légère, et ici, plus encore que partout ailleurs, la brusquerie et la violence sont dangereuses. Pour remédier à ces inconvénients, on a essayé de remplacer les sondes rigides faites d'une boule olivaire montée sur une tige de baleine, par des sondes en caoutchouc, dites sondes d'Ynnurigaro. Ces sondes, demi-molles, souples, à extrémité mousse, sont d'un emploi sans danger et partant, plus facile.

La radiographie, en montrant l'arrêt du cachet de bismuth, nous rendra de signalés services. Elle nous montrera encore s'il existe quelque sujet de compression de l'organe lui-même.

L'œsophagoscopie est, à notre avis, le procédé de choix. C'est elle qui nous permettra de voir l'obstacle de nos propres yeux et de juger de sa nature. Très employée en Allemagne, où elle fut inventée par Mickülicz en 1881, elle a été vulgarisée en France dans ces dernières années. Nous ne nous étendrons pas sur

la technique de l'œsophagoscopie, qui fait partie du domaine des spécialistes. Nous reconnaîtrons que c'est là une méthode à technique opératoire parfois difficile, qui exige de la part de l'opérateur une éducation toute spéciale et une patience à toute épreuve, (Guisez, Traité d'œsophagoscopie). En outre, nous nous souviendrons que cette méthode à des contre-indications formelles : l'âge trop avancé du patient, ou bien, au contraire, son extrême jeunesse (on ne fera pas d'œsophagoscopie avant l'âge de un an) ; les états pathologiques du cœur ou du poumon, tels que les anévrysmes de l'aorte ou la tuberculose pulmonaire avancée ; les affections du larynx et la cachexie extrême ; enfin et surtout l'état de l'œsophage lui-même. Les affections aiguës, les hémorragies récentes de ce conduit, la température élevée, les ulcérations soupçonnées trop vastes, sont autant de causes qui doivent faire éviter l'œsophagoscopie.

Armé des renseignements fournis par ces divers modes d'exploration, nous pourrons aisément faire notre diagnostic. Il ne faudra pas pour cela négliger les signes cliniques qui sont de la plus grande importance. Nous nous souviendrons que le spasme a pour caractère essentiel d'être variable et changeant d'une minute à l'autre. S'il s'agit d'un cas de spasme essentiel, c'est la question de terrain qui domine toute l'histoire pathologique. Il sera question de femmes jeunes, présentant des stigmates plus ou moins prononcés d'hystérie ; la notion du début brusque, consécutif à une frayeur ou une émotion quelconque ; la variabilité de la marche des accidents ; la conservation d'un bon état général, malgré l'apparente gravité de

la maladie, permettent de porter un diagnostic différentiel d'avec les spasmes symptomatiques.

L'évolution progressive et la permanence des symptômes, l'altération de l'état général, font pencher en faveur des spasmes symptomatiques.

L'anévrysme de l'aorte, l'adénopathie trachéobronchique, les tumeurs médiastinales, s'accompagnent, en général, de symptômes fonctionnels et physiques assez nombreux pour que le diagnostic puisse se faire facilement.

Etant donné l'association si fréquente du spasme de l'œsophage et d'une lésion de ce conduit (ulcus, cancer, ulcérations diverses, etc.), il est d'un grand intérêt de dépister le plus tôt possible ces spasmes symptomatiques. L'analyse des symptômes fonctionnels, l'évolution ultérieure de la maladie, permettent ordinairement d'arriver à dépister la lésion organique cause de la contraction spasmodique.

Les affections de l'estomac ayant le spasme comme symptôme se reconnaîtront à leurs signes propres d'hyper ou d'hypochlorhydrie, aux douleurs siégeant à l'épigastre, aux phénomènes généraux qui ont précédé le spasme.

Dans tous ces cas, on voit le bénéfice que l'on peut tirer de l'œsophagoscopie, qui ne doit pas remplacer toute exploration clinique, mais au contraire, lui venir en aide pour trancher le diagnostic avec certitude.

Quant au siège du spasme, on le reconnaîtra d'abord grâce aux indications fournies par le malade lui-même. Certains signes cliniques viendront confirmer, ou bien, au contraire, infirmer les dires du

patient et nous permettront de vérifier la véracité de ses assertions.

Quand le spasme occupe la « bouche de l'œsophage », il se produit des vomissements qui suivent immédiatement l'ingestion des aliments. S'il siège, au contraire, au cardia, ce rejet des matières alimentaires peut se faire attendre plus longtemps, et bien des fois le malade accuse une sensation d'étouffement et d'angoisse due à l'accumulation, de tout ce qui a été avalé, au-dessus de l'obstacle. C'est ici que la radioscopie aura toute son importance : l'arrêt du bismuth montrera nettement le siège du rétrécissement. Mais elle ne détrônera jamais l'œsophagoscopie qui est, et doit rester, la source de renseignements la plus sûre. A leur défaut, nous emploierons l'explorateur à boule olivaire, avec toutes les précautions voulues, et nous aurons toujours présents à l'esprit les divers accidents qui peuvent survenir, (perforation, introduction dans le larynx, etc.).

D. - Traitement

Il paraît assez anormal, au premier abord, de venir parler de traitement dans une affection que nous considérons comme un symptôme. Il est bien certain que notre principale préoccupation sera de soigner la cause du spasme, la lésion organique qui l'engendre. Mais le spasme symptomatique exige lui-même un traitement personnel. Ce traitement aura comme objectif, ce triple point de vue : vaincre le spasme, prévenir son retour, s'opposer à l'inanition.

1° Vaincre le spasme est évidemment la première indication à remplir. On s'adressera tout d'abord à

toute la gamme des antispasmodiques : le bromure, la valériane, la belladone, pour diminuer la réflectivité nerveuse. Il faut aussi rassurer le malade, lui promettre une guérison rapide : il faut faire de la persuasion. Cette psychothérapie joue un rôle très important dans la cure des spasmes.

Enfin, si tous ces moyens médicaux échouent, il faudra s'adresser au cathétérisme dilatateur. Le spasme se laisse ordinairement vaincre assez facilement. Après cocaïnisation, on introduit des sondes œsophagiennes de plus en plus grosses, en même temps qu'on les laisse de plus en plus longtemps en contact avec le canal.

Si l'oblitération paraît absolue, on cherche à l'œsophagoscope un fin pertuis. Une fois qu'on l'a découvert, on y introduit une fine bougie qu'on laisse à demeure pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce laps de temps, on met une sonde plus grosse et dès que les sondes ordinaires peuvent passer, on fait la dilatation comme nous l'avons indiqué ci-dessus.

2° Prévenir le retour du spasme, telle est la seconde indication. Il faut, avant tout, s'attaquer à la cause qui le produit. On évitera tous les excitants capables de réveiller la trop grande susceptibilité du conduit œsophagien. Ce traitement prophylactique variera aussi souvent que sont nombreuses les différentes causes du spasme. Un conseil prudent, c'est de ne donner dans ces cas que des boissons tièdes : les liquides trop chauds ou glacés ayant une tendance manifeste à favoriser la contraction de l'œsophage. En même temps, on continuera les antispasmodiques ; l'hydrothérapie tiède ou chaude pourra être employée efficacement.

3° Enfin, il est des cas où la durée du spasme et son intensité forcent à envisager un troisième but. Lorsque la contraction est telle que toute alimentation par la voie œsophagienne est devenue impossible, il faut nourrir le malade artificiellement. Trois moyens s'offrent à nous : les lavements alimentaires, la gastrostomie, la sonde à demeure.

Les lavements nutritifs ont des indications assez restreintes, et les deux procédés de choix sont la gastrostomie et la sonde à demeure. M. Guisez est fort partisan de cette dernière méthode, qui permet d'alimenter le malade sans souffrance et joue un rôle favorable dans l'évolution de la maladie en faisant office de dilatateur. La gastrostomie sera réservée aux cas graves, où il y a impossibilité absolue de passer la sonde et lorsqu'il faut aller très vite. Cette fistule gastrique pourra d'ailleurs être permanente, si l'on craint le retour d'accidents graves. On pourra l'établir passagèrement pendant quelque temps, pour la refermer ensuite lorsque tout danger aura définitivement disparu.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur Ardin-Delteil)

Anévrysme de l'aorte. — Spasme intermittent de l'œsophage. — Wassermann négatif.

Mme P... Françoise, 74 ans, rentre à l'hôpital pour crises cardiaques douloureuses.

Antécédents héréditaires. — Père mort du choléra. Mère morte d'affection cardiaque.

Antécédents personnels. — Rougeole en bas-âge. Varicelle, Jamais de rhumatisme ni de fièvre typhoïde. Pas d'antécédents pulmonaires. La malade a eu cinq grossesses à terme et trois fausses-couches.

Elle contracte en 1893, à Marengo, le paludisme. Elle a des accès presque quotidiens pendant 4 mois. Quelques accès avec délire violent. La malade, traitée par la quinine, n'a jamais eu de récidive.

Histoire de la maladie. — La malade souffre du cœur depuis 30 ans. Au début, elle ressentait seulement des douleurs précordiales et des palpitations. La moindre contrariété provoquait des syncopes.

Depuis 10 ans les crises sont devenues véritablement

douloureuses,comme celle qui force la malade à rentrer à l'hôpital de Mustapha.

Il y a 7 ans, apparurent les premiers spasmes œsophagiens .Ils étaient alors intermittents et très légers ; la malade n'y prête aucune attention, croyant qu'il s'agissait là de simple malaises passagers.

Etat actuel. — Au cours de la journée, sans aucune raison quelquefois, mais le plus souvent à l'occasion d'une émotion ou d'une petite contrariété, la malade ressent un violent malaise avec état syncopal et sensation de mort imminente. Ces malaises frappent énormément la malade. Cet état s'accompagne de douleurs violentes qui partent de la région précordiale et s'irradient dans l'épaule et dans tous le membre supérieur gauche.

A l'examen on constate, tout d'abord à la base du cou, une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de poule qui déborde dans l'espace sus-claviculaire. Tumeur non pulsatile mais qui transmet les battements de la crosse aortique que l'on sent facilement au doigt derrière le sternum. Cette tumeur est mobile avec les mouvements de déglutition et semble se rattacher au corps thyroïde.

Appareil cardio-vasculaire. — Cœur volumineux ; la pointe abaissée bat dans le 6e espace intercostal, sur la ligne du mamelon.

La matité cardiaque est augmentée dans la partie supérieure de la région précordiale : elle déborde d'un travers de doigt environ le bord droit du sternum.

A l'auscultation on trouve : A la pointe, de l'arythmie, les bruits sont un peu sourds. On ne trouve pas de souffle Au foyer aortique, on entend au premier temps un souffle doux qui se propage légèrement vers le haut. Le pouls est irrégulier, mais synchrone des deux côtés.

La tension artérielle : 10-22 à droite ; 9,5-20 à gauche.

La radioscopie montre l'élargissement de l'aorte avec une dilatation anévrysmale.

Appareil respiratoire. — Dès le début des accidents cardiaques on a remarqué une toux revenant par quintes très fatigantes pour la malade.

La respiration est rude dans toute l'étendue des deux poumons, avec râles secs au déplissement des alvéoles.

Appareil digestif. — L'appétit est conservé. La malade se plaint d'un spasme fréquent de l'œsophage : la contraction qui est de courte durée s'accompagne de sensation de brûlure. Durant ces accès de spasme, la malade est obligée de boire beaucoup pour faire glisser les aliments. Ces spasmes surviennent plus souvent et avec plus d'intensité lorsque la malade est contrariée. D'autre fois les aliments passent sans difficulté. La digestion est normale.

Le foie et la rate sont de volumes normaux et ne sont point douloureux.

Appareil urinaire. — Urines peu abondantes. Pas d'albumine.

La malade accuse des crampes dans les jambes et des bourdonnements d'oreille.

Système nerveux. — Abolition des réflexes rotuliens Ebauche de Romberg. Pas de Babinsky. Les réflexes des membres supérieurs sont normaux.

Appareil lymphatique. — La malade ne présente pas de ganglions.

OBSERVATION II

(Service de M. le Profesesur Ardin-Delteil)

Sténose pylorique avec spasme symptomatique de l'œsophage. — Opération : Sténose cicatricielle du pylore pour ulcus ancien. — Mort.

Le nommé D...., exerçant la profession de chef de gare, entre dans le service de M. le Professeur Ardin-Dlteil, à Mustapha, pour douleurs gastriques.

Antécédents héréditaires. — Le malade ne peut donner aucun renseignement sur la mort de ses parents.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à signaler : le malade n'a jamais eu de maladies graves.

Il nie tout éthylisme et toute spécificité.

Histoire de la maladie. — D.... fait remonter l'origine de sa maladie à quinze ans. A cette époque il aurait eu des douleurs siégeant à l'épigastre. Ces douleurs apparaissent deux heures après le repas. Elles sont accompagnées de nausées, de renvois acides et brûlants (le malade les compare lui-même à une tige de fer rouge qu'on lui appliquerait sur l'estomac). Ces renvois acides remontent tout le long de l'œsophage et s'accompagnent, déjà à cette époque, de spasme de l'œsophage intermittent et peu prononcé : Le malade n'y prête guère d'attention.

Depuis deux mois seulement, apparaît l'anoréxie. Des vomissements irréguliers surviennent ensuite : tantôt ils se produisent immédiatement après l'ingestion des aliments, tantôt deux heures après, parfois même plus tardivement.

La douleur reste localisée au creux épigastrique, sans aucune irradiation dans la région lombaire.

Le malade n'a jamais eu ni hématémèse, ni mœlena.

Etat actuel. — Depuis son entrée à l'hôpital, D.... ne ressent plus aucune douleur, mais les vomissements sont devenus fréquents. Par moment le malade sent comme une constriction de la gorge et les aliments sont brusquement arrêtés dans leur déglutition.

Pas de ganglion de Troisier.

L'estomac est nettement visible quand on excite la région épigastrique. Il est ptosé au-dessous de l'ombilic.

A cette époque on constate une fois seulement, dans son crachoir, un vomissement noirâtre peu abondant. On prescrit au malade des lavages d'estomac. La sonde passe très facilement à certains moments, à d'autres il y a impossibilité absolue. Il en est de même pour l'explorateur à bout olivaire.

Le 17 juillet. — Le malade est présenté à M. H. Aboulker, chef du service d'oto-rhino-laryngologie qui passe

très facilement l'explorateur olivaire sans sentir de ressaut.

Le 19 juillet. — Examen radioscopique. On constate une sténose œsophagienne : deux cachets de Bismuth absorbés s'arrêtent au niveau des 4e et 5e côtes. Après avoir subi un instant des mouvements d'oscillation de haut en bas, on les voit passer brusquement dans l'estomac.

On remarque un second point noir qui paraît siéger au niveau du pylore. On décide de revoir le malade à la radioscopie dans quelques jours.

Le 20 juillet. — On constate des ondulations péristaltiques très nettes pendant la visite et l'on voit l'estomac du malade se dessiner avec une très grande précision. On obtient du clapotage, très bas au-dessous de l'ombilic.

Le 22 juillet. — Nouvel examen radioscopique. On remarque toujours la tache noirâtre que l'on avait remarqué au premier examen radioscopique. Cette tache apparaît plus foncée et sensiblement plus grosse. Après l'ingestion de bismuth, on voit de plus l'espace clair de son estomac et à trois travers de doigt, au-dessus de l'ombilic, on constate l'ombre donnée par le cachet de bismuth.

Le 25 juillet. — Le malade est évacué salle Sédillot, pour intervention chirurgicale.

On fait une gastro-entérostomie.

Le chirurgien, à l'ouverture de l'abdomen, constate un estomac très bas situé, avec un foie débordant largement les fausses côtes. On sent au toucher, une région pylorique très indurée.

L'ouverture de l'estomac permet de voir des plis blanchâtres dirigés dans le sens de l'intestin : en somme les signes de sténose cicatricielle pylorique. Le cathétérisme rétrograde de l'œsophage permit de constater la non existence d'un rétrécissement organique. Le spasme en effet, après avoir persisté pendant quelques jours après l'opération, mais avec de grandes intermittences, finit par disparaître complètement.

L'autopsie ne fit que confirmer simplement le diagnostic qui avait été posé.

OBSERVATION III

Service de M. le Professeur Ardin-Delteil)

Cancer de l'estomac avec spasme symptomatique de l'œsophage. — Métastase hépatique probable.

Le nommé G.. Michel, âgé de 54 ans, chef cantonnier, entre à l'hôpital ,le 25 mars 19[illegible]4, dans le service de M. le Professeur Ardin-Delteil, parce qu'il souffre de l'estomac.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de mort naturelle. Un frère et une sœur bien portants. Une sœur morte de fièvre. Deux frères morts de mort inconnue : un troisième frère est mort d'un cancer.

G... a eu trois bronchites qui durèrent assez longtemps, mais dont il se remit bien. Une fracture de côtes il y a quelques années. Une maladie de foie sur laquelle le malade ne peut fournir aucun renseignement ni comme date d'apparition ni comme durée.

Historique de la maladie. — Au mois d'août dernier apparurent brusquement, sans prodrômes, des troubles de la déglutition. Le malade ne pouvait avaler aucun aliment sans boire immédiatement une gorgée de liquide. Cet état persista deux mois environ. Il est à remarquer que les aliments, une fois arrivés dans l'estomac, étaient bien digérés.

Au bout de ces deux mois, la déglutition persiste, pénible, par intermittences, mais des vomissements surviennent, aussitôt après l'ingestion des aliments.

Cet état persista jusqu'au mois dernier. A cette époque, on donne au malade des médicaments anti-émétisants qui n'amènent aucune amélioration.

Onze jours après son entrée à l'hôpital, (c'est-à-dire le 14 mars), G... est pris d'un vomissement couleur marc de café, auquel fait suite une période d'accalmie. Depuis ce jour, les douleurs disparaissent progressivement.

Examen du malade.

Appareil respiratoire : ne présente rien de particulier.

Appareil circulatoire : cœur un peu gros; la pointe bat dans le 6e espace intercostal. Le pouls est un peu rapide.

Appareil urinaire : urine claire, peu abondante. Pas de sucre ni d'albumine.

Appareil digestif : l'appétit est conservé. Le malade ne mange pas de viande parce qu'elle lui semble lourde à digéger. On note des douleurs épigastriques diffuses : ces douleurs spontanées sont augmentées par la pression et par l'absorption des aliments. Elles affectent la forme de douleurs en broche. Gêne spasmodique intermittente de la déglutition. Les vomissements étaient aigres quand ils existaient. Depuis trois semaines, le malade n'en a eu qu'un seul, celui qui contenait du sang noir.

A l'inspection. — Amaigrissement très marqué. Le patient présente une teinte jaune paille des téguments caractéristique.

A la palpation. — Le foie est volumineux. Petits ganglions axillaires.

Percussion. — Pas de sonorité exagérée de la région stomacale.

Le chimisme stomacal. — Montre une diminution notable de l'acide chlorhydrique, et la présence d'acide lactique. On ne trouve pas trace d'aliments ingérés la veille.

Radioscopie. — Elle montre un arrêt très marqué du bismuth à la partie inférieure de l'œsophage et une masse sombre qui occupe la région inférieure de l'estomac.

Le 20 avril. — Le malade est pris d'une hématémèse très forte. Il s'affaiblit de plus en plus, tombe dans le coma et meurt le 24 avril.

L'autopsie, pratiquée le lendemain 25 avril, montra un néoplasme occupant la paroi postérieure de l'estomac, sans atteindre le pylore. L'œsophage est sain et perméable dans toute son étendue.

OBSERVATION IV

(Service de M. le Professeur Ardin-Delteil)

Cancer de l'estomac avec spasme symptomatique de l'œsophage

Le nommé L... François, âgé de 69 ans, entre le 1er février 1909 dans le service de M. le Professeur Ardin-Delteil, parce que, depuis quelque temps, il ne peut plus avaler ses aliments.

Antécédents héréditaires. — Le malade ne peut fournir aucun renseignement. Sa famille s'étant dispersée de très bonne heure, il fût très jeune livré à lui-même.

Antécédents personnels. — L... a eu, à 19 ans, une insolation. Il y a quinze ans, il a présenté une crise de coliques hépatiques. Il n'a jamais avalé de caustique. Le malade nie toute spécificité. Il n'a jamais eu de paludisme. Ethylisme très marqué.

Histoire de la maladie. — Il y a un an, le malade a commencé à souffrir de l'estomac. Cette douleur survenait 3 à 4 heures après les repas et consistait en brûlures, dont le siège n'était pas très précis. Des renvois sans caractère les accompagnait.

Pas d'hématémèse. Pas de mœléna. Pas de vomissements alimentaires.

Il y a six mois, le malade fut traité pour cette gastralgie, par des cachets dont il ne sait pas la formule. L'amélioration fut telle que pendant deux mois, le malade put se croire complètement guéri, du moins en apparence. Toute douleur avait disparu.

Il y a un mois, le malade a commencé à sentir de la gêne dans la traversée de son œsophage par le bol alimentaire. Elle va croissant; elle s'accompagne de douleurs dont le maximum siège à la base du cou. Un beau jour, les solides ne passent plus; bientôt il en est de même pour les liquides. Pour ne citer qu'un fait, notre malade peut ingérer

trois cuillerées de purée, à la quatrième, il éprouve une telle gêne, il a une telle sensation d'étouffement, qu'il provoque lui-même un vomissement qui le soulage.

En dehors des repas ou de l'absorption des liquides, le malade souffre peu; il éprouve simplement de la gêne : il lui semble qu'il a toujours quelque chose d'arrêté dans sa gorge.

Le peu d'aliment qui passe est facilement digéré.

Le malade présente simplement, comme troubles intestinaux, une constipation opiniâtre : il avoue n'avoir pas été à la selle depuis dix jours.

Durant l'interrogatoire, nous voyons plusieurs fois le malade faire des efforts pour vomir et rejeter une certaine quantité de salive déglutie, mais qui n'a pu parvenir dans l'estomac.

La voix est sourde, avec une certaine rauçité. Le malade ne peut plus chanter du tout.

L... déclare avoir maigri de 15 kilogr. depuis le début des accidents. Il n'a jamais constaté de stries sanglantes dans ses vomissements.

A l'examen. — Nous nous trouvons en présence d'un malade très amaigri, très anémié, présentant de nombreux ganglions sus-claviculaires et axillaires.

Au niveau du cou, on ne remarque aucune tuméfaction.

L'abdomen est rétracté et la contracture des muscles abdominaux rend difficile la palpation de l'estomac qui ne paraît pas dilaté.

Le foie, la rate, et les poumons, ne présentent rien d'anormal.

Les bruits du cœur sont sourds, mais on cherche en vain quelque signe d'anévrysme.

Le 4 février. — Le malade est envoyé à M. le docteur Aboulker, qui pratique les examens laryngoscopique et œsophagoscopique.

Au laryngoscope. — Les cordes vocales sont rouges, injectées, mais ne présentant aucun trouble de la motilité. L'entrée de l'œsophage est libre.

A l'œsophagoscope. — Après anesthésie locale à la cocaïne, on introduit un tube de 30 centimètres de long, de calibre moyen. On remarque alors, à 16 centimètres environ de l'entrée de l'œsophage, une masse obstruant la lumière du canal. Cette masse est lisse, non ulcérée : la muqueuse qui la recouvre paraît saine. Cette masse paraît s'être développée aux dépens de la paroi latérale droite de l'œsophage.

Le porte coton et la bougie olivaire sont arrêtés par cet obstacle. Le premier tube œsophagoscopique étant retiré, on en introduit un second, long de 35 centimètres et de calibre inférieur. Cette fois, le tube glisse sans effort et l'on arrive jusqu'au cardia, dont on reconnaît les plis radiés : des débris alimentaires sont même rejetés hors de l'orifice par des mouvements antipéristaltiques.

On retire le tube en explorant l'œsophage : *on ne retrouve plus le rétrécissement précité.*

Un troisième tube, long de 40 centimètres et d'un diamètre supérieur au premier, est alors introduit sans effort, et on peut arriver encore jusqu'au cardia.

On force le cardia, après anesthésie à la cocaïne, avec une bougie œsophagienne grosse. (Il faut noter que le dernier tube employé est le plus gros de l'œsophagoscope).

Durant toutes ces opérations, il n'y eut jamais de sang ni sur les instruments ni dans les crachats.

Il résulte donc de cette série de manœuvres, que l'œsophage est absolument sain.

Le premier obstacle rencontré n'était donc pas réel; il s'agissait simplement d'un spasme œsophagien symptomatique d'une affection gastrique. (Dans l'espèce, un néoplasme). Le cardia, en effet, du côté de l'œsophage, ne présente absolument rien d'anormal non plus.

Le diagnostic fut vérifié et entièrement confirmé à l'autopsie.

OBSERVATION V

(Service de M. le Professeur Ardin-Delteil)

Cancer de l'œsophage. — Spasme sus-jacent. — Opération. — Mort.

Le nommé S... Joseph, âgé de 48 ans, entre dans le service de M. le Professeur Ardin-Delteil, parce qu'il éprouve de la gêne à la déglutition.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'entérite. Mère morte d'une insolation. Une sœur bien portante. Quatre frères ou sœurs morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Le malade est divorcé. Sa femme n'a jamais eu d'enfants, mais elle a eu une fausse-couche de cause ignorée.

S... a eu des accès de paludisme à l'âge de 20 ans. Ces accès n'ont jamais récidivé.

Il nie toute spécificité, mais avoue un léger penchant pour l'alcool.

Histoire de la maladie. — Depuis trois mois, le malade, qui, jusque là, n'avait éprouvé aucun trouble, s'est aperçu que parfois les aliments ne pouvaient être déglutis qu'avec peine. Malgré des efforts violents, il y avait des moments où *rien* ne pouvait passer, puis, au bout de quelques instants, tout rentrait dans l'ordre, et les aliments, aussi bien solides que liquides, étaient déglutis sans peine et sans douleur. Il n'y avait pas de différence pour les liquides ou les solides; le spasme était absolu pour les uns comme pour les autres. Peu à peu, cependant, la déglutition ne redevint pas complète, et bientôt les liquides seuls étaient encore admis.

Ces troubles œsophagiens, s'accompagnent de vomissements immédiats qui ramènent simplement les aliments ingérés. La salivation est très abondante. Le malade n'accuse aucune douleur. Il a maigri de 15 kilogr. en deux mois.

A l'entrée. — A l'examen, S... se présente comme un homme amaigri, affaibli, avec téguments flasques. Fièvre: 39°5.

Les aliments ne passent plus du tout. On note une sialorrhée abondante et des vomissements fréquents. On ne remarque toujours pas de douleur.

La langue est saburrale, humide. Le foie déborde de trois travers de doigts le rebord costal. La rate est considérablement augmentée de volume.

Devant cet état grave, on décide d'envoyer le malade à M. H. Aboulker, chef du service de laryngologie, pour œsophagoscopie.

Œsophagoscopie. — Cet examen montre, à 14 centimètres de la bouche œsophagienne une tuméfaction qui obstrue en grande partie la lumière de l'œsophage. Cette tuméfaction non ulcérée paraît précéder, et pour ainsi dire recouvrir, une ulcération sous-jacente. M. Aboulker, pensant avoir affaire à un spasme de l'œsophage surplombant une ulcération néoplastique, prélève un morceau de muqueuse. L'examen histologique démontra que la muqueuse était absolument saine. Il s'agissait donc bien là d'un spasme symptomatique d'une lésion ulcéreuse de l'œsophage. Ce spasme siégeait immédiatement au-dessus de l'ulcération.

OBSERVATION VI

(Service de M. le docteur H. Aboulker)

Epithélioma de l'œsophage

Le nommé D... Félix, 52 ans, brigadier-poseur à l'Est-Algérien, est entré à l'hôpital le 20 octobre, pour troubles de la déglutition.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 75 ans, la mère morte à 83 ans, tous deux de mort naturelle.

Antécédents personnels. — Le malade a eu du paludisme il y a quelques années. Il n'a pas eu d'autres maladies gra-

ves. Sa femme est morte de suite de couches. De six enfants, un seul est en vie; les autres sont morts en bas-âge. Le malade nie l'éthylisme et la spécificité.

Histoire de la maladie. — La gêne de la déglutition remonte au 10 septembre 1913. Elle est absolue pour les solides, mais laisse passer les liquides sans difficulté. Cette gêne à la déglutition s'accompagne d'une certaine douleur qui va en s'accentuant. Les liquides eux-mêmes sont parfois mais rarement arrêtés. La douleur siège à la partie supérieure de l'œsophage ; elle n'est ressentie qu'au passage des aliments. Elle n'est pas spontanée, ne s'accompagne pas de nausées, ni de vomissements.

Etat actuel. — Devant la gêne persistante de la déglutition, on décide de faire l'œsophagoscopie. Avant, on introduit avec douceur et grande prudence, une sonde olivaire qui est arrêtée à la partie supérieure de l'œsophage.

On introduit alors le tube œsophagoscopique, qui nous montre, à quelques centimètres de la bouche œsophagienne, une zone qui paraît infiltrée, située sur la partie postéro-latérale gauche. Cette zone présente une ulcération.

On met le malade au repos et au lait.

Une biopsie pratiquée, montre nettement la nature épithéliomateuse de l'ulcération.

Au bout de quelques jours de régime suivi, on voit le spasme diminuer, et bientôt le malade qui se sent mieux, avale comme tout le monde. Les aliments solides passent sans douleur, comme les liquides.

Le 28 octobre 1913. — Deuxième œsophagoscopie, car le malade va de mieux en mieux. On ne voit plus de partie ulcérée, mais on a l'impression d'une zone largement infiltrée, dans la partie postéro-latérale de l'œsophage, et s'étendant sur plusieurs centimètres.

Le malade ne se plaint nullement et le plus gros tube de l'œsophagoscope passe sans difficulté.

Le 30 décembre 1913. — Le malade revient à l'hôpital. Il a suivi jusqu'ici un traitement mixte qui ne paraît pas avoir eu beaucoup d'effet, puisque les troubles de la déglu-

tition sont revenus brusquement. Les liquides seuls peuvent passer et quelquefois difficilement.

L'explorateur olivaire passe cependant sans difficulté jusqu'au cardia.

On décide l'*œsophagoscopie*. Le tube est arrêté au 24e centimètre, c'est-à-dire à 7 ou 8 centimètres de la bouche œsophagienne, par une tuméfaction sous-muqueuse, sans ulcération apparente en aucun point. Elle donne l'impression de refouler la paroi œsophagienne; elle est de consistance dure.

Le malade est mis au régime liquide. Au bout de quelque temps, il repart de l'hôpital sans amélioration. On ne l'a plus revu.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Service de M. le docteur H. Aboulker)

Corps étranger de l'œsophage. — Spasme intermittent

Mme F..., 40 ans, est sujette à des crises épileptiques. Au cours d'une crise avec perte de connaissance, le dentier se fracture, la malade en avale un fragment. Ce dentier se composait de 6 dents, La pièce principale porte encore cinq dents. On nous déclare que la pièce avalée porte une dent et pas de crochet.

Cette dame entre salle Lisfranc, le 19 mars. Elle est vue le lendemain. Elle se plaint de douleurs le long de l'œsophage. Il y a impossibilité absolue d'absorber des solides. Les liquides qui, à certains moments, passent facilement, sont, à d'autres, rejetés immédiatement et la malade accuse une sensation de brûlure.

Une bougie olivaire, prudemment introduite, rencontre un obstacle à 24 centimètres de l'arcade dentaire.

A la radioscopie, on voit l'ombre du corps étranger arrêté au niveau de la crosse de l'aorte. Cette ombre paraît avoir une hauteur de 3 centimètres.

Dès la première tentative de cocaïnisation, la malade est prise d'une crise épileptique violente,

A la suite de cet incident, nouvelle radioscopie. Le corps étranger n'a pas bougé.

Deux heures plus tard, on procède à l'extraction sous œsophagoscope. On introduit le tube qui montre tout le long de l'œsophage des ulcérations reposant sur une muqueuse injectée. On voit un bourrelet formé par la muqueuse, juste au niveau du corps étranger, que l'on rencontre à 38 centimètres de l'arcade dentaire. L'extraction, rendue difficile par le spasme, fut effectuée, sans accident, à la pince fine.

OBSERVATION VIII (In thèse Lamy)

Cancer de l'œsophage avec spasme à début brusque

H..., 32 ans, rentre à l'hôpital pour dysphagie.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Rien à signaler. Pas de syphilis. Pas d'ingestion de caustique.

Le 4 juin. — Au début du repas, le malade est brusquement dans l'impossibilité d'avaler un morceau de viande. Il doit boire une grande quantité de liquide pour faciliter sa descente. Environ cinq minutes après, il eut la sensation que la bouchée passait dans l'estomac. Jamais auparavant il n'avait éprouvé de gêne à la déglutition.

Deux jours après le même accident se reproduit.

Dès lors, la dysphagie ne fait que progresser.

Quartre mois après, le malade est obligé de se mettre au régime des purées et des liquides; tout essai d'alimentation solide provoquant un rejet immédiat des aliments.

Pas de douleurs.

En janvier 1909, — C'est-à-dire 7 mois après ce début brusque, la dysphagie est absolue.

Le malade a maigri énormément. Il n'a pas d'appétit; pas de dégoût électif pour la viande. C'est dans cet état qu'il rentre dans le service.

On ne trouve rien ni à l'estomac, ni au cœur, ni aux poumons.

Le malade est mis au repos absolu.

Le 31 janvier. — La dysphagie semble s'améliorer un peu. Il prend 2 litres de lait par jour, mais par petites quantités.

Le 3 février. — M. Béclère pratique sur le malade un examen radioscopique. Il trouve : un rétrécissement serré au niveau de la partie inférieure de l'œsophage. Le cachet de bismuth s'arrête à ce niveau et ne peut franchir l'obstacle qu'en se déformant et en s'effritant.

Pendant un mois, l'état reste stationnaire : le malade prend 3 litres de lait par jour, par petites doses.

Le 7 mars. — L'état dysphagique ayant brusquement augmenté, M. le docteur Gauzard pratique l'œsophagoscopie qui montre deux masses bourgeonnantes, l'une droite et l'autre gauche, séparées par un sillon à concavité droite.

Le 15 mars. — Le malade est gastrostomisé par M. Lejars.

OBSERVATION IX (Résumée)

In thèse Lucien Lamy

Cancer de l'œsophage. — Spasme symptomatique absolu

M...., 57 ans, entre à l'hôpital le 20 mai, pour dysphagie. Rien à remarquer dans ses antécédents héréditaires ou personnels, sauf un éthylisme très marqué. Bonne santé jusqu'en janvier.

A cette époque, sans préambule aucun, survient une dysphagie brusque et complète. Le malade rejette les trois cuillerées de soupe qu'il avait vainement essayé d'avaler. Il en est de même pour le bouillon.

Pendant les deux semaines suivantes, la dysphagie a persisté aussi absolue. Certains jours, cependant, le malade arrive à prendre deux ou trois litres de lait; mais ce sont là des exceptions.

Il entre salle Chomel, parce que depuis quinze jours, la dysphagie est absolue, sans aucune rémission. Le malade meurt de faim.

A l'examen, il se présente comme un homme très amaigri, pouvant à peine se tenir debout.

Le ventre est extrêmement dur, non douloureux. L'estomac, à la percussion, paraît extrêmement petit.

Le foie n'est ni gros, ni abaissé. Rate non perceptible.

Très nombreux ganglions axillaires, inguinaux et sus-claviculaires.

L'examen radioscopique, montre que le cachet de bismuth s'arrête en un point qui répond à la 7e vertèbre dorsale. Après quelques légers mouvements d'ascension et de descente, il passe finalement à travers le rétrécissement qui ne paraît pas très serré. Le cachet fait un nouvel arrêt avant de pénétrer dans l'estomac.

Nouvel examen radioscopique le 27 mai, qui montre l'œsophage moins perméable. Le bismuth s'accumule dans une dilatation au-dessus de la sténose qui répond exactement à la pointe de l'appendice xiphoïde.

Le 30 mai, les liquides qu'on était jusque là parvenu à faire pénétrer dans l'estomac de temps en temps, par petites quantités, ne peuvent plus pénétrer du tout; ils sont rejetés au bout d'un instant.

On décide un examen œsophagoscopique, qui ne donne aucun résultat. Un second examen, pratiqué quelques jours plus tard est rendu difficile par la présence d'une quantité considérable de liquide fétide dans la poche œsophagienne.

A la suite de lavages répétés de cette poche, le malade reprend un peu de force. Les liquides passent par intermittences. Pour remédier à cet état de choses, on fait une gastrostomie.

Le malade, qui peut s'alimenter par sa fistule, reprend des forces et augmente de poids.

Avant sa sortie de l'hôpital, M. Cauzard pratique un nouvel examen œsophagoscopique. Il semble alors que la muqueuse présente au niveau de la sténose, quelques bourgeons ayant tendance à saigner.

M... a pu reprendre son travail : il se nourrit par sa fistule gastrique, car toutes les tentatives d'alimentation par voie supérieure sont infructueuses.

OBSERVATION X (Résumée)

(In thèse de Schrameck.)

Cancer de l'estomac avec spasme symptomatique de l'œsophage

Ch... Pierrette, 68 ans, domestique, entre à l'hôpital de la Croix Rousse, salle Ste-Clotilde, le 7 décembre 1893, pour dyspepsie et dysphagie.

Rien de remarquable dans les antécédents héréditaires. Le père et la mère sont morts âgés, de mort indéterminée.

Dans ses antécédents personnels, la malade ne signale que des troubles de l'estomac.

Depuis trois ans, troubles dyspeptiques intermittents, avec douleurs et vomissements. La malade maigrit progressivement.

Depuis le printemps, les troubles gastriques sont plus prononcés. Jamais de mœléna ni d'hématémèse. L'ingestion des aliments semble calmer la douleur qui reparaît deux heures après et s'accompagne de vomissements alimentaires.

La maladie accuse une dysphagie surtout prononcée pour les solides; elle est intermittente et suit une marche parallèle aux autres troubles digestifs.

A l'examen de l'estomac, on constate que la région épigastrique est douloureuse. Abdomen souple. Pas d'ascite. Pas de ganglion.

Le 10 avril. — Dyspepsie un peu améliorée. La dysphagie persistant, on fait un cathétérisme à l'explorateur oli-

vaire. L'olive est arrêté à 42 centimètres environ de l'arcade dentaire : elle ne ramène ni sang, ni particules néoplasiques. On note une salivation très abondante. Amaigrissement.

Le 10 juin. — L'état général va baissant. La malade ne prend qu'un demi-litre de lait et deux petits potages. Les douleurs épigastriques sont bien moins vives. La dysphagie fait des progrès. Le cathétérisme montre toujours un obstacle plus prononcé certains jours.

Le 6 juillet, — La malade meurt dans la cachexie la plus avancée.

Autopsie pratiquée le 6 juillet.— Estomac modérément dilaté, montre une tumeur à aspect colloïde très pur. Elle a envahi tout le petit cul de sac, presque exactement la moitié droite de l'estomac. L'anneau pylorique est pris, mais la sténose n'est pas absolue.

L'œsophage est tout à fait indemne. Il ne présente ni ulcération, ni néoplasme, ni varices.

CONCLUSIONS

1° L'œsophage, conduit musculeux, très richement innervé, peut se contracter spasmodiquement dans un grand nombre d'états pathologiques dont lui-même ou les organes qui lui sont voisins sont le siège. C'est pourquoi nous trouvons le spasme œsophagien dans toutes les lésions du tube digestif, dans les lésions des centres nerveux bulbaires et dans les compressions du nerf pneumogastrique quelle qu'en soit d'ailleurs la cause.

2° Ce spasme a une importance beaucoup plus considérable que celle qu'on lui accorde d'ordinaire, cela provient de ce que, symptôme de maladies les plus diverses et de siège les plus variés, il est une cause fréquente d'erreurs. Trop souvent, en effet, on est enclin à le considérer comme une simple manifestation hystériforme d'un tempérament nerveux ou comme un phénomène sans importance.

3° Le spasme œsophagien, en dehors de la gravité même de la lésion causale, possède en propre un pronostic grave. M. Guisez ayant démontré que tout spasme aboutit à peu près fatalement à la sténose cicatricielle spontanée, après avoir passé par une pha-

se de spasme pur et une seconde phase de contracture.

4° Parmi tous les moyens de diagnostic que la science met en notre pouvoir, les deux plus efficaces sont la radiographie et surtout l'œsophagoscopie.Il est à souhaiter que la pratique de l'œsophagoscopie se répande de plus en plus en France comme elle l'est en Allemagne.

5° Le traitement qui s'impose doit d'abord s'attaquer à la cause efficiente du spasme; mais il ne doit pas pour cela cesser d'être local, pour agir sur la contraction spasmodique elle-même, en ayant un triple but : vaincre le spasme, en empêcher le retour et enfin intervenir, dans les cas urgents, contre l'inanition dont se meurt le malade.

BIBLIOGRAPHIE

Aboulker. — *Paris Chirurgical*, 1910.

Abrand. — Spasme œsophagien pour ulcère du cardia, au cours d'une cirrhose du foie.

Albers (de Bonn). — *Archives générales de Médecine*, 1834.

Ardin-Delteil. — *Bulletin Médical Algérie*, 1909, page 443. (Spasme de l'œsophage symptomatique d'un cancer de l'estomac).

Ary Dos Santos. — Corps étrangers œsophage. In *Journal de Chirurgie*, 1910, page 41.

Baraud (de Lausanne). — *Annales maladies oreille et larynx*, 1914.

Barety. — De l'auscultation des bruits œsophagiens pendant la déglutition. *Revue de Médecine*, Paris 1884.

— De l'adénopathie Trachéo-bronchique en général, et en particulier dans la scrofule et la phtisie pulmonaire. Thèse de Paris 1874.

Baylac. — Un cas de rétrécissement spasmodique de l'œsophage, consécutif à l'influenza. *Midi Médical*, juin 1892.

Bernard. — Contribution à l'étude de l'ulcère simple de l'œsophage. Thèse de Paris 1909,

Bertain. — Thèse de Paris 1885.

Best. — Contribution à l'étude des dilatations de l'œsophage. *Journal de Chirurgie* 1910.

Blanchard. — Dissertation sur l'identité très probable de certaines hydrophobies spontanées et de l'hydrophobie communiquée ou rage. Thèse de Paris 1821.

Bouveret. — Traité des maladies de l'estomac.

Brazier. — Thèse de Paris 1879.

Briand. — Leçons de clinique médicale, 1881.

Brinton. — The Lancet, 1866, p. 2.

Broca. — *Gazette des Hôpitaux*, août 1869. Société de chirurgie 1865.

Chaulet. — Œsophagisme par lésion cérébrale. *Bulletin général de Thérapeutique* 1883.

Comte. — Des accidents du cathétérisme de l'œsophage. Thèse de Paris, 1877.

Debove. — Société médicale des Hôpitaux, 1883-1887.

Dechambre. — Dictionnaire encyclopédique (article hystérie).

Dieulafoy. — Pathologie interne, 1900.

Dopter. — La rage, (pratique médico-chirurgicale).

Dowini (de Glascow). — Remarques sur 100 cas de sténose de l'œsophage. *Journal de Chirurgie*, 1912.

Dubois de Saujon. — Traitement des maladies de l'œsophage. Congrès international de Médecine, 1905, p. 114.

Durand. — Maladies de l'œsophage, (pratique médico-chirurgicale).

Eichorst. — Traité de pathologie interne, T. II.

Enriquez et Durand. — Pratique médico-chirurgicale,(spasmes de l'œsophage).

Ewald. — *Journal de Chirurgie*, 1910.

Fonssagrives. — *Archives générales de Médecine*. Décembre 1861.

Frinaudeau. — Diagnostic et étude des rétrécissements de l'œsophage par la radioscopie. Thèse de Bordeaux 1911.

Gaillard. — Traité de Médecine (Brouardel et Gilbert).

Gardère. — Tuberculose de l'œsophage. *Lyon Chirurgical*, 1910, p. 442.

Gendron. — *Archives de Médecine*, 1858.

Guéneau de Mussy. — Etude sur l'adénopathie bronchique, *Gazette des Hôpitaux*, 1868-1869.

Guillemin. — Sténoses cicatricielles spontanées de l'œsophage. Thèse de Paris 1910.

Guisez. — *Presse Médicale*, novembre 1910.

— Société médicale des Hôpitaux de Paris, 2 juin 1911, p. 755.

— Traité des maladies de l'œsophage, 1911.

— Société médicale des Hôpitaux de Paris. Ulcère rond de l'œsophage, 1912.

— *Paris Chirurgical* 1911.

— *Paris Chirurgical*, 1913.

— Spasmes de l'œsophage, *Presse Médicale*, 1910.

— Tuberculose de l'œsophage, *Presse Médicale*, 1911.

Guisez et Abrand. — *Journal de Chirurgie* 1910, p. 295.

Hartmann. — Traité de Chirurgie, T. V.

Hegrowsky. — Spasme du cardia et ulcère pylorique. *Journal Chirurgie*, 1912.

Hoffmann. — De morbis œsophagi spasmodicis, 1733.

Howard-Lilienthal. — New-York, *Méd. Journal*, 21 avril 1894.

Jaboulay. — *Lyon Médical* 1894.

Jacques. — Société Médicale de Nancy, 1909.

Joal. — *Annales de laryngologie*, 1908.

Jourdan. — *Dictionnaire des Sciences médicales*, 1814.

Kappis. — *Journal de Chirurgie*, 1910.

Kowacs et Stark. — Œsophage et hypertrophie du cœur. Wiener, Klin, Wochenschrift, 20 octobre 1910.

Lacombe. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, Paris, 1885.

Lacour. — Cancer de l'œsophage. Thèse de Paris 1881.

Lamy. — Thèse de Paris, 1910.

Larché. — Syndrome œsophago-salivaire dans les sténoses en général, dans le cancer en particulier.

Lébert. — Physiologie pathologique. — (T. I, p. 475).

Legendre Louis. — Fonctions gastriques au cours des sténoses œsophagiennes, Paris, 1907.

Legroux. — Diagnostic des compressions des nerfs laryngés et récurrents et pneumogastriques. *Archives générales de Médecine*, p. 491.

Lereboullet. — Recherches cliniques sur l'adénopathie trachéo-bronchique. *Union médicale*, mai 1874.

Luton. — Dyspepsie, œsophagisme, pylorisme. (Société médicale Reims, 1875). Dictionnaire Jaccoud.

Makka. — Un cas de cardiospasme, *Journal de Chirurgie*, 1909.

Marchal. — Mémoires de médecine militaire, 1850, T. V.

Mazzoli. — Académie de Médecine Bologne, 1902.

Mikulicz. — Ueber gastroscopie und œsophagoscopie (*Central blatt für Chirurgie*, 1881, p. 677).

Mondière. — Recherches sur le spasme de l'œsophage. *Archives générales de Médecine*, 1833.

Monnier. — *Paris Chirurgical*, 1909, p. 195.

Morat et Doyon. — Traité de physiologie.

Morgagni. — De sedibus et causis morborum.

Moulonguet (d'Amiens). — Association Française de chirurgie, In *Archives générales de Médecine*, 1904.

Mouton. — Du calibre de l'œsophage et du cathétérisme œsophagien. Thèse de Paris 1874.

Osgood. — *Boston Médical Journal*, 1889.

Péter. — Rétrécissement spasmodique de l'œsophage. *Gazette des Hôpitaux*, 1875.

Poncet. — Société de Médecine des Hôpitaux de Paris, 1911.

Potain. — *Gazette des Hôpitaux*, 1883.

Power H. — The Lancet, 1866.

Ranvier. — Appareils nerveux terminaux des muscles de la vie organique, Paris 1880.

Raynaud Maurice. — Rapports de l'œsophagisme avec la dilatation et les ulcérations de l'œsophage. Ann. mal. oreille et du larynx, 1877.

Ricardo-Botey. — Leçons de clinique. *Annales des maladies de la gorge*, 1877.

Richelot. — Société de Chirurgie 1894.

Roux J.-C. — Thèse de Paris 1900.

Sainte-Marie. — Des différents modes d'exploration de l'œsophage. Thèse de Paris 1875.

Seelig. — Diagnostic entre cancer de l'œsophage et anévrisme de l'aorte. *Gazette des Hôpitaux*, 1909, p. 180.

Sency. — Thèse de Paris 1883.

Schrameck. — Cancer de l'estomac et spasme de l'œsophage. Thèse de Lyon, 1895.

Trousseau. — *Gazette des Hôpitaux*, 1848.

Testut. — Anatomie descriptive, T. IV, p. 95.

Vigla. — *Gazette des Hôpitaux*, 1869.

Waldenburg. — Œsophagoscopie (Berlin, Klin. Wochenschrift, 1870).

Vu : *Le Président de la thèse,*
P. Ardin-Delteil.

Vu : *Le Doyen,*
Curtillet.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Alger, le 13 juin 1914.

Le Recteur,
E. Ardaillon.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction. — Court aperçu historique. — Plan général du sujet	9
Première Partie. — Le spasme œsophagien en général	15
Structure de l'œsophage	15
Innervation de l'œsophage	18
Classification des spasmes	19
Deuxième Partie. — Le spasme symptomatique	23
A. Etiologie. - Les causes du spasme symptomatique	23
B. Modalités du spasme symptomatique	29
C. Diagnostic du spasme symptomatique	39
D. Traitement	44
Observations	47
Conclusions	67
Bibliographie	69

AGHA-ALGER
IMPRIMERIE AGRICOLE & COMMERCIALE
12, Rue Charras 12